

**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657****RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: ESPONDILITE ANCILOSANTE****CID 10: M45; M46.8****1. Medicamentos**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adalimumabe 40 mg/ml, seringa preenchida;<br>Certolizumabe 200mg/ml, seringa preenchida;<br>Etanercepte 25 mg, frasco-ampola;<br>Etanercepte (Biossimilar Bio-Manguinhos) 50 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida;<br>Etanercepte (Pfizer/Enbrel) 50 mg, frasco-ampola ou seringa preenchida;<br>Golimumabe 50mg, seringa preenchida;<br>Infliximabe (Biossimilar A) 100 mg, frasco-ampola; | Infliximabe 100 mg, frasco-ampola;<br>Metotrexato 2,5 mg (por comprimido);<br>Metotrexato 25mg/ml injetável (por amp.de 2 ml);<br>Naproxeno 250 mg (por comprimido);<br>Naproxeno 500 mg (por comprimido);<br>Secuquinumabe 150mg/ml (por ser. preenchida);<br>Sulfassalazina 500 mg (por comprimido). |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais:**

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico:****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, descrevendo sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

**RENOVAÇÃO (A CADA SEIS MESES)**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, descrevendo sinais e sintomas e tratamentos prévios;

**2.3 Exames Obrigatórios:****SOLICITAÇÃO INICIAL E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Para Adalimumabe, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe e Secuquinumabe:</b><br>( ) Anti - HCV;<br>( ) HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);<br>( ) Teste de mantoux - PPD.<br>( ) Radiografia de Tórax. | <b>Para Sulfassalazina e Metotrexato:</b><br>( ) Anti - HCV;<br>( ) HbsAg (Antígeno de superfície da hepatite B);<br>( ) TGO;<br>( ) TGP;<br>( ) Clearance de creatinina;<br>( ) Teste de mantoux - PPD;<br>( ) Beta HCG (para mulheres em idade |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657****Para Naproxeno:**

- ( ) Clearance de Creatinina;  
( ) TGO;  
( ) TGP

fértil);

- ( ) Radiografia de Tórax

**3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade de Reumatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer serviço munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

**5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e pela Portaria SAS/MS nº 25, de 22 de outubro de 2018.

**Para Adalimumabe, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe e Secuquinumabe LEVAR CAIXA DE ISOPOR PARA TRANSPORTAR O MEDICAMENTO DA FARMÁCIA ATÉ A SUA CASA E GUARDÁ-LO IMEDIATAMENTE NA GELADEIRA.**

**Atenção a validade dos exames!!!**

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente**

Exames Genéticos: **sem validade**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.**